

ક્લાયન્ટની ઓળખ			
નામ	જન્મ તારીખ	ઓળખ નંબર	
સરનામું	શહેર	રાજ્ય	ઝપ કોડ
ટેલિફોન નંબર (અરોયા કોડનો સમાવેશ કરો)		અન્ય માહિતી	



સંમતિ Consent

ક્લાયન્ટને નોટિસ: જેઓ તમને અને તમારા પરિવારને જાણતી હોય તેવી અન્ય સંસ્થાઓ અને વ્યવસાયિકો સાથે કામ કરવા માટે જો અમે સક્ષમ હોઈએ તો ડિપાર્ટમેન્ટ ઓફ સોશિયલ એન્ડ હેલ્થ સર્વિસિસ (DSHS) તમને વધુ સારી રીતે મદદ કરી શકે છે. આ ફોર્મ પર સહી કરીને તમે DSHS અને નીચે સૂચિબદ્ધ એજન્સીઓ અને વ્યક્તિઓને તમારા વિશેની ખાનગી માહિતીનો ઉપયોગ કરવા અને તેને શેર કરવાની પરવાનગી આપો છો. જો તમારી સંમતિની તમારી યોગ્યતા નક્કી કરવા માટે જરૂર પડતી ન હોય તો તેવા સંજોગોમાં જો તમે આ ફોર્મમાં સહી ન કરો તો DSHS તમારા લાભો આપવા માટે ઇન્કાર કરી શકતો નથી. જો તમે આ ફોર્મમાં સહી ન કરો તો પણ DSHS કાયદા દ્વારા પરવાનગી અપાયેલ સીમા સુધી તમારા અંગેની માહિતીનું આદાન-પ્રદાન કરી શકે છે. જો તમને DSHS કેવી રીતે ક્લાયન્ટની ખાનગી માહિતીનું આદાન-પ્રદાન કરે છે અથવા તમારા ગુપ્તતાના હકો વિશે પ્રશ્નો હોય, તો કૃપા કરીને DSHSની ખાનગીપણા સંબંધી કાર્યપદ્ધતિ (નોટિસ ઓફ પ્રાઇવસી પ્રેક્ટિસિસ) જુઓ અથવા તમને ફોર્મ આપનાર વ્યક્તિને પૂછો.

સંમતિ

1. મારા માટે સેવાઓ, સારવાર, યુકવણીઓ અને લાભો નું આયોજન, પ્રદાન અને સંયોજન કરવા અથવા કાયદા દ્વારા અધિકૃત અન્ય ઉદ્દેશ્યો માટે મારા વિશેની ખાનગી માહિતીના DSHSની અંદર ઉપયોગ માટે હું સંમતિ આપું છું. હું DSHS અને નીચે સૂચિબદ્ધ એજન્સીઓ, પ્રોવાઇડર્સ અથવા વ્યક્તિઓને મારી ખાનગી માહિતીનો ઉપયોગ કરવા અને આ ઉદ્દેશ્યો માટે તે એકબીજા સામે પ્રગટ કરવાની પરવાનગી પણ આપું છું. માહિતીનું આદાન-પ્રદાન શાબ્દિક રીતે અથવા ઇલેક્ટ્રોનિક ટ્રાન્સફર મેઇલ દ્વારા, ટપાલ દ્વારા અથવા હાથોહાથ ડિલિવરી દ્વારા થઇ શકે છે.

પ્રક્ટીકરણનું કારણ: DSHS નશીલી દવાઓ અને દારુ અથવા માનસિક આરોગ્ય બાબતના રેકોર્ડ શેર કરી શકે તેની પહેલા આ માહિતી જરૂરી છે. જો તમે આ ફીલ્ડ નહીં ભરો, તો DSHS પ્રક્ટીકરણનું કારણ તમારી માગણી મુજબ કરાયા તરીકે નોંધશે.

DSHS ઉપરાંત આ સંમતિમાં જેમનો સમાવેશ થયો છે તે બધાની સામે નીચે ખરાની નિશાની કરો અને તેમની નામ અને સરનામા વડે ઓળખ આપો:

- આરોગ્ય સંભાળ પ્રોવાઇડર્સ: _____
- માનસિક આરોગ્ય સંભાળ પ્રોવાઇડર્સ _____
- નશીલા પદાર્થોનો દુરુપયોગ સંબંધી રોગો માટેના સર્વિસ પ્રોવાઇડર્સ: _____
- બીજાં DSHS સાથે કરાર ધરાવતા પ્રોવાઇડર્સ: _____
- હાઉસિંગ (નિવાસ) પ્રોગ્રામો: _____
- સ્કૂલ ડિસ્ટ્રિક્ટ્સ અથવા કોલેજ: _____
- ડિપાર્ટમેન્ટ ઓફ કરેકશન્સ: _____
- એમ્બોયમેન્ટ સિક્યોરિટી (રોજગાર સુરક્ષા) વિભાગ અને તેના રોજગાર ભાગીદારો: _____
- સોશિયલ સિક્યોરિટી એડમિનિસ્ટ્રેશન અથવા અન્ય ફેડરલ એજન્સી: _____
- સાથે બીડેલ યાદી જુઓ
- અન્ય: _____

2. પ્રક્ટીકરણનું કારણ: સંભાળ યાલુ રાખવી કાયદાકીય અંગત અન્ય:

3. હું નીચેના રેકોર્ડ્સ અને માહિતી શેર કરવાની અધિકૃતિ તેમજ સંમતિ આપું છું (જે લાગુ પડતું હોય તે બધાની સામે ખરાની નિશાની કરો)

- મારા બધાં ક્લાયન્ટ રેકોર્ડ્સ જોડેલી યાદીમાંના રેકોર્ડ્સ
- માત્ર નીચેના રેકોર્ડ્સ
 - પારિવારિક, સામાજિક અને રોજગાર સંબંધી ઇતિહાસ
 - સારવાર અથવા સંભાળ યોજનાઓ
 - યુકવણીના રેકોર્ડ્સ
 - અલગ-અલગ આકલનો
 - સ્કૂલ, શિક્ષણ અને તાલીમ
 - માનસિક આરોગ્ય સંભાળ બાબતની માહિતી (સ્પષ્ટપણે જણાવો):
 - આરોગ્ય સંભાળ બાબતની માહિતી (સ્પષ્ટપણે જણાવો):
 - અન્ય (લખો): _____

ક્લાયન્ટની ઓળખ		
નામ	જન્મ તારીખ	ઓળખ નંબર
<p>કૃપા કરોને નોંધ લેશો: જો તમારા ક્લાયન્ટ રેકોર્ડ્સમાં નીચે આપેલ માહિતીમાંથી કોઈપણનો સમાવેશ થતો હોય, તો તમારે તેનો રેકોર્ડ્સમાં સમાવેશ કરવા માટે આ વિભાગને પણ પૂરો કરવાનો રહેશે.</p> <p>હું નીચેના રેકોર્ડ્સ જાહેર કરવા માટે મારી મંજૂરી આપું છું (જે લાગુ પડતા હોય તે બધા સામે ખરાની નિશાની કરો):</p> <p><input type="checkbox"/> માનસિક આરોગ્ય <input type="checkbox"/> HIV/AIDS અને STD પરીક્ષણના પરિણામો, નિદાન અથવા સારવાર <input type="checkbox"/> નશીલા પદાર્થોના ઉપયોગ સંબંધી રોગ</p> <ul style="list-style-type: none"> આ સંમતિ એક વર્ષ માટે અથવા <input type="checkbox"/> આના સુધી માન્ય છે _____ (તારીખ અથવા ઘટના). હું લેખિતમાં કોઈપણ સમયે આ સંમતિને રદ કરી શકું અથવા પાછી ખેંચી શકું પરંતુ તે બાબત અગાઉ શેર કરી દેવામાં આવેલ કોઈપણ માહિતીને પ્રભાવિત કરશે નહીં. હું સમજું છું કે આ સંમતિ હેઠળ શેર કરવામાં આવેલ રેકોર્ડ્સ ત્યાર પછી પછી DSHS ને લાગુ પડતાં કાયદાઓ હેઠળ રક્ષિત રહેશે નહીં. આ ફોર્મની નકલ રેકોર્ડ્સનું આદાન-પ્રદાન કરવા માટે મારી મંજૂરી આપવા માટે માન્ય છે. 		
સહી	તારીખ	
સાક્ષી/નોટરીની સહી, જો લાગુ પડતું હોય	સાક્ષી/ નોટરીનું પ્રિન્ટ કરેલ નામ	તારીખ
માતા-પિતા કે અન્ય પ્રતિનિધિની સહી (જો લાગુ પડતું હોય તો)	ટેલિફોન નંબર (એરીયા કોડનો સમાવેશ કરો)	તારીખ
<p>જો હું રેકોર્ડ્સનો વિષય ન હોઉં તો, હું સહી કરવા માટે હું અધિકૃત છું, કારણ કે હું છું: (અધિકૃતતાનું પ્રમાણ જોડો)</p> <p><input type="checkbox"/> માતા-પિતા <input type="checkbox"/> કાયદાકીય વાલી (અદાલતનો હુકમ જોડો) <input type="checkbox"/> અંગત પ્રતિનિધિ <input type="checkbox"/> અન્ય:</p>		

માહિતી મેળવનારને નોટિસ: જો આ રેકોર્ડ્સ HIV, STD કે AIDS અંગેની માહિતી ધરાવતા હોય તો ક્લાયન્ટની સ્પષ્ટ પરવાનગી વિના તે માહિતી તમે આગળ જાહેર ન કરી શકો. જો તમે ક્લાયન્ટ દ્વારા દવા અથવા દારૂના દુરુપયોગ સંબંધી માહિતી મેળવી હોય, તો તમારે આ માહિતીને આગળ પ્રગટ કરતી વખતે 42 CFR 2.32 દ્વારા જરૂરી છે તે પ્રમાણે નિમ્નલિખિત કથન સામેલ કરવાનું રહેશે:

આ માહિતી ફેડરલ ગુપ્તતાના નિયમો દ્વારા રક્ષિત રેકોર્ડ્સમાંથી તમારી સમક્ષ પ્રગટ કરવામાં આવેલ છે (42 CFR ભાગ 2). જો વધારાના પ્રગટીકરણને જે વ્યક્તિને તે માહિતી લાગુ પડે છે તેમના દ્વારા લેખિત સંમતિ દ્વારા સ્પષ્ટ રીતે મંજૂર કરવામાં આવેલ ન હોય અથવા અન્ય રીતે 42 CFR ભાગ 2 દ્વારા માન્ય કરવામાં આવેલ ન હોય તો ફેડરલ નિયમો તમને આ માહિતીનું કોઈપણ વધારાનું પ્રગટીકરણ કરવાની મનાઇ ફરમાવે છે. તબીબી અથવા અન્ય માહિતીના પ્રગટીકરણ માટેની સામાન્ય અધિકૃતિ આ ઉદ્દેશ્ય માટે પૂરતી નથી. કોઈપણ દારૂ કે દવાના દુરુપયોગવાળા દર્દી ઉપર ગુનાહિત તપાસ કરવા માટે કે કાનૂની પગલા લેવા માટે માહિતીના કોઈપણ ઉપયોગને ફેડરલ નિયમો પ્રતિબંધિત કરે છે.

સંમતિ ફોર્મ ભરવા માટેની સૂચનાઓ, DSHS 14-012

ઉપયોગ: જ્યારે DSHS ની અંદર કોઈ ક્લાયન્ટ અંગે ગુપ્ત માહિતીનો ઉપયોગ કરવા કે તેને શેર કરવા માટે અથવા સેવાઓનું સંકલન કરવા માટે અથવા ઉપચાર માટે, ચુકવણી કે એજન્સીના કામો માટે અથવા કાયદા દ્વારા માન્યતા પ્રાપ્ત અન્ય હેતુઓ માટે અન્ય સંસ્થાઓ સમક્ષ માહિતી પ્રગટ કરવા જ્યારે તમારે સંમતિની જરૂર પડે ત્યારે આ ફોર્મનો ઉપયોગ કરો.

શક્ય હોય તો આ ફોર્મ ઇલેક્ટ્રોનિક રૂપે ભરો. તમારે **બાળકો સહિત દરેક વ્યક્તિ માટે એક જુદું ફોર્મ** ભરવાનું રહેશે.

ફોર્મના ભાગો:

ઓળખ:

- નામ:** દરેક ફોર્મ પર માત્ર એકજ ક્લાયન્ટનું નામ પૂરું પાડો. સેવાઓ મેળવવાના સમયે ક્લાયન્ટે અગાઉ રાખ્યા હોય તેવા કોઇપણ નામોનો સમાવેશ કરો.
- જન્મ તારીખ:** સરખા નામો ધરાવતા વ્યક્તિઓમાંથી ક્લાયન્ટને ઓળખી શકવા માટે જરૂરી.
- ઓળખ નંબર:** રેકોર્ડને ઓળખી કાઢવામાં અને ઇતિહાસ અને મેળવેલ સેવાઓને શોધવામાં મદદ કરવા માટે એક ક્લાયન્ટ ઓળખ નંબર અથવા અન્ય ઓળખ નંબર જેમ કે સોશિયલ સિક્યોરિટી નંબર (જરૂરી નથી) પૂરો પાડો.
- અન્ય:** આ બોક્સમાં કોઇપણ એવી વધારાની માહિતીનો સમાવેશ કરો કે જે રેકોર્ડ્સ શોધવામાં મદદ કરી શકે, જેમકે સેવાઓ સાથે સંકળાયેલ DSHS ના ભાગો, પરિવારના સભ્યોના નામ અથવા બીજી સંબંધિત માહિતી.

સંમતિ (અધિકૃતિ):

- પ્રગટીકરણનું કારણ:** DSHS નશીલી દવાઓ અને દારુ અથવા માનસિક આરોગ્ય બાબતના રેકોર્ડ શેર કરી શકે તેની પહેલા આ માહિતી જરૂરી છે. જો તમે આ ફીલ્ડ નહીં ભરો, તો DSHS પ્રગટીકરણનું કારણ તમારી માગણી મુજબ કરાયા તરીકે નોંધશે.
- રેકોર્ડ્સની લેવડ-દેવડ કરતી એજન્સીઓ અથવા વ્યક્તિઓ:** આ ભરેલું ફોર્મ આની પરવાનગી આપે છે: (1) DSHSની અંદર ગુપ્ત માહિતીનો ઉપયોગ અને યાદીમાં દર્શાવેલ એજન્સીઓ અથવા વ્યક્તિઓ સાથે અને પ્રગટીકરણ; અને (2) યાદીમાં ઉલ્લિખિત બહારની એજન્સીઓ અથવા વ્યક્તિઓ દ્વારા DSHS સમક્ષ ગુપ્ત માહિતીનું પ્રગટીકરણ. તમે માહિતી શેર કરવાની જેમને પરવાનગી હોય તેવી એજન્સીઓની એક યાદી પણ જોડી શકો છો, જેના પર પણ ક્લાયન્ટે સહી કરવાની રહેશે.
- સમાવિષ્ટ માહિતી:** ક્લાયન્ટે સંમતિ દ્વારા કયાં દસ્તાવેજોને આવરી લેવામાં આવેલ છે તે દર્શાવવું જરૂરી છે. ક્લાયન્ટે સહી કરીને ઉપલબ્ધ કરાવી શકે અથવા રેકોર્ડની તારીખ, પ્રકાર કે સ્ત્રોત વડે સમાવિષ્ટ રેકોર્ડને સીમિત કરી શકે. ક્લાયન્ટ સંમતિમાં સહી ન કરે અથવા કોઈ ખાસ રેકોર્ડની સ્પષ્ટતા ન કરે, તો પણ, જો તેમ કરવાની કાયદા દ્વારા મંજૂરી હશે, તો તે રેકોર્ડને શેર કરવા દેવામાં આવશે. તમે આવરી લેવાતા રેકોર્ડ્સની યાદી જોડી શકો છો, જેમાં ક્લાયન્ટે પણ સહી કરવાની રહેશે. જો કોઈ રેકોર્ડ જે માનસિક આરોગ્ય (RCW 71.05.620), HIV/AIDS અથવા STDની તપાસ કે સારવાર (RCW 70.02.220), અથવા ડ્રગ કે દારૂની સેવાઓ (42 CFR 2.31(a)(5)), સાથે સંબંધ ધરાવતી માહિતીનો સમાવેશ કરતા હોય તો આ રેકોર્ડને શેર કરવા માટે મંજૂરી આપવા માટે ક્લાયન્ટે આ ક્ષેત્રો પર સ્પષ્ટપણે નિશાની કરવાની રહેશે. આ ફોર્મ 45 CFR 164.508(b)(3)(ii) હેઠળ સાયકોથેરાપી નોટ્સનો સમાવેશ કરવા માટે માન્ય નથી; એ રેકોર્ડ્સનો સમાવેશ કરવા માટે એક જુદું ફોર્મ ભરવાનું રહેશે.
- સમયાવાહી:** જો એક વર્ષથી અલગ હોય તો સંમતિનો સમય પૂરો થવાની તારીખનો સમાવેશ કરો. જો તમે કોઈ બીજી તારીખ ન જણાવો તો સંમતિનો સમય એક વર્ષમાં પૂરો થઈ જશે.
- સમજ:** એ વાતની ખાતરી કરો કે ક્લાયન્ટ એ વાત સમજે છે કે શાની મંજૂરી આપવામાં આવી રહી છે અને કેવી રીતે અને શા માટે માહિતીનું આદાન-પ્રદાન કરવામાં આવશે. જો જરૂર પડે તો, એક ભાષાંતર કરાયેલ ફોર્મ અને દુભાષિયાનો ઉપયોગ કરો અથવા ફોર્મ મોટેથી વાંચો. જો ક્લાયન્ટને વધુ માહિતીની જરૂર હોય, તો DSHSની નોટિસ ઓફ પ્રાઇવસી પ્રેક્ટિસિસની એક વધારાની નકલ પૂરી પાડો અથવા ક્લાયન્ટને તમારા એકમના સાર્વજનિક પ્રગટીકરણ (પબ્લિક ડિસ્ક્લોઝર) અધિકારી પાસે મોકલો.

સહીઓ:

- ક્લાયન્ટ:** આ બોક્સમાં સંમતિની ઉંમર કરતા વધારે ઉંમરના ક્લાયન્ટ કે બાળક પાસે (માનસિક આરોગ્ય અને ડ્રગ તેમજ આલ્કોહોલ સેવાઓ માટે 13 વર્ષ, HIV/AIDS અને અન્ય STD માટે 14 વર્ષ જન્મ નિયંત્રણ અને ગર્ભપાતો માટે કોઇપણ ઉંમર, હેલ્થકેર અને અન્ય રેકોર્ડ્સ માટે 18 વર્ષ) સહી કરાવો અને સહીની તારીખ નાખો. ક્લાયન્ટ આ બોક્સમાં સહીના બદલે એક નિશાની કરી શકે કે જેના તમે સાક્ષી હશો.
- સાક્ષી અથવા નોટરી:** જો ક્લાયન્ટ આ ફોર્મ રૂબરૂ જમા ન કરાવે, અથવા જો કોઈ પ્રોગ્રામ ખરાઈની માંગણી કરે, તો ક્લાયન્ટની ઓળખની ખરાઈ કરવા માટે સાક્ષી અથવા નોટરીની જરૂર પડી શકે છે. આ વ્યક્તિએ સહી કરીને તેમનું નામ પ્રિંટ કરવાનું રહેશે.
- માતા-પિતા કે અન્ય પ્રતિનિધિ:** જો ક્લાયન્ટ સંમતિની ઉંમર કરતા ઓછી ઉંમરવાળું બાળક હોય તો માતા-પિતા કે વાલીએ સહી કરવી જરૂરી છે. જો બાળક શેર કરવાના બધા જ રેકોર્ડ્સ માટે સંમતિની ઉંમરની પૂર્તતા કરતું ન હોય તો બાળક અને તેના માતા-પિતા બંનેએ સહી કરવી જરૂરી છે. જો ક્લાયન્ટને કાનૂની રીતે અસક્ષમ કે અસમર્થ જાહેર કરવામાં આવેલ હોય તો અદાલત દ્વારા નિમાયેલ વાલીએ સહી કરવી જરૂરી છે અને નિમણૂકના આદેશની એક નકલ પૂરી પાડવી જરૂરી છે. જો કોઈક વ્યક્તિ અન્ય ક્ષમતામાં સહી કરી રહી હોય તો (જેમાં કુલ મુખ્યત્વારનામુ ધરાવતી વ્યક્તિ કે એસ્ટેટના પ્રતિનિધિનો સમાવેશ થાય છે) "અન્ય" એવી નોંધ કરો અને કાર્ય કરવા માટે કાયદેસરની સત્તાની એક નકલ મેળવો. સહી કરનારી વ્યક્તિએ સહીમાં તારીખ નાખવી જરૂરી છે અને ટેલિફોન નંબર કે સંપર્કની માહિતી આપવી જરૂરી છે.